

Ministero della Salute - Regione Emilia Romagna

1° Conferenza Nazionale di Cure Primarie



A. Madeddu Presidente Card Sicilia

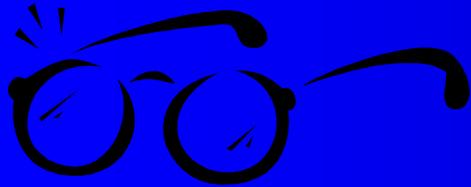
G. Gentili Presidente Card Marche

S. Di Ciommo Presidente Card Emilia

**IL RUOLO DEL DISTRETTO NELLE
CURE PRIMARIE**

Bologna 25-26 Febbraio 2008

IL RUOLO DEL DISTRETTO NELLE CURE PRIMARIE



L'analisi del ruolo del Distretto nelle Cure Primarie non può prescindere dall'attenta osservazione di quattro aspetti basilari:

- 1. L'EVOLUZIONE NORMATIVA DEI DISTRETTI NEL NOSTRO PAESE**
- 2. LO SVILUPPO DAI MODELLI SETTORIALI A QUELLI DIVISIONALI**
- 3. I NUOVI INDIRIZZI DEL PASSAGGIO DAL PARADIGMA DELL'ATTESA A QUELLO DELL'INIZIATIVA**
- 4. L'ATTUALE ORGANIZZAZIONE DEI DISTRETTI E DELLE CURE PRIMARIE**

1.1 - L'EVOLUZIONE NORMATIVA: L. 833/78

L'idea di avvicinare l'organizzazione sanitaria ai reali bisogni dei cittadini attraverso i Distretti cominciò a farsi strada nel dibattito culturale della sanità italiana intorno agli anni '70 e trovò la sua prima collocazione normativa nella L. 833/78

art.10 della Legge n. 833 del 1978

I Distretti Sanitari di base vennero individuati come ***“strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”***.

Tuttavia la scarsa autonomia assegnata ai Distretti e la debolezza dei contenuti, di fatto, impedì la loro reale istituzione, con poche eccezioni.



1.2 - L'EVOLUZIONE NORMATIVA: D.Lgs. 502/92

Bisogna arrivare al 1992 ed alla seconda Riforma Sanitaria del Decreto Legislativo n.502 perché i Distretti possano essere individuati come ...

D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 – Riforma Bis

... autentiche “*articolazioni delle unità sanitarie locali*”. E più in particolare, una delle tre COLONNE del Sistema Sanitario: l'Ospedale, il Distretto ed il Dipartimento di Prevenzione.

Distretto =



Colonna ?



Anche questa volta, però, la genericità del disposto normativo limitò lo sviluppo dei Distretti ad una semplice istituzione formale



1.3 - L'EVOLUZIONE NORMATIVA: D.Lgs. 229/99

E' solo con il D.Lgs. n. 229 del 1999 che il Distretto viene dotato di una sua forte connotazione organizzativa.



D.Lgs. 19.06.1999 n. 229 – Riforma Ter

Il Distretto viene **“dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale”** (art. 3-quater, comma 2), definisce il **“Programma delle attività territoriali”** coi Sindaci (art. 3-quater, comma 3), ha assegnate **“funzioni e risorse”** (art.3-quinquies), è governato da un **“Direttore di Distretto”** (art. 3-sexies), garantisce la piena **“integrazione socio-sanitaria”** (art.3 septies).

1.4 - L'EVOLUZIONE NORMATIVA: La Devoluzione

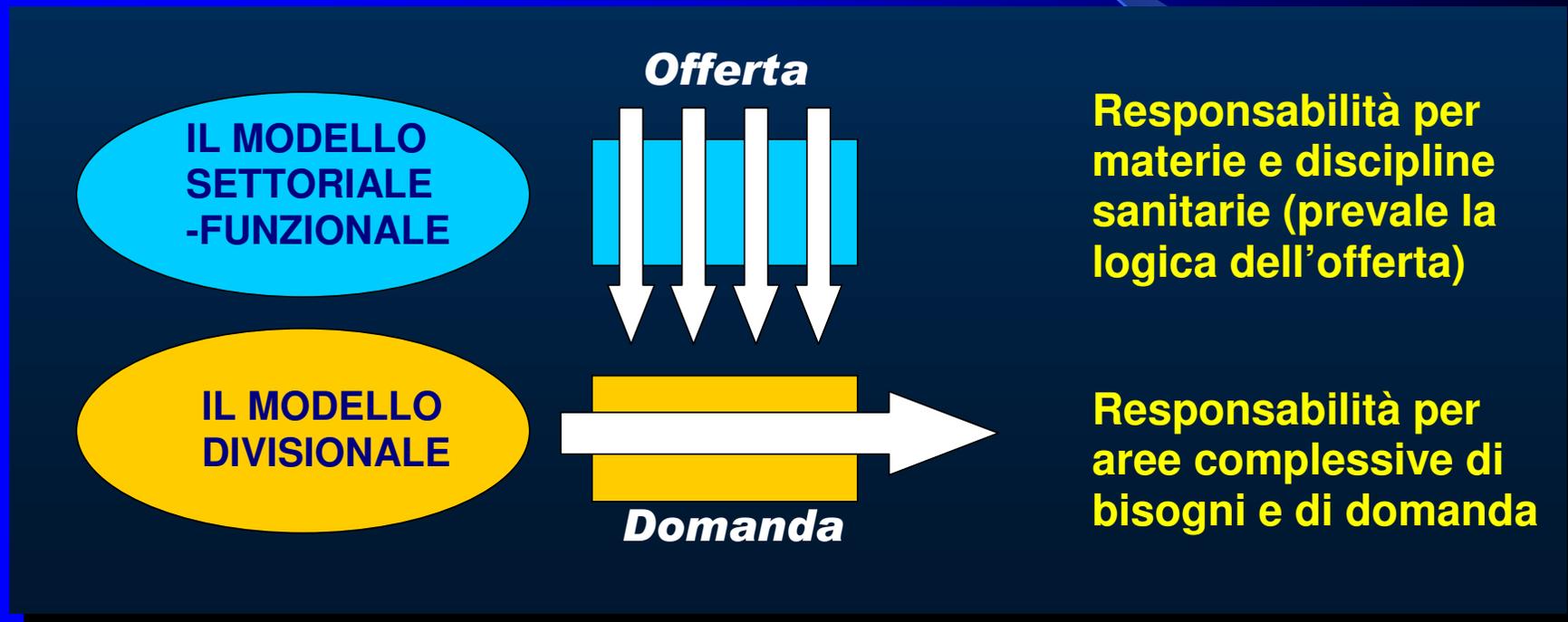
Negli anni successivi alla Riforma Ter, l'avvio dei processi devolutivi regionali derivanti dalla *modifica al titolo V della Costituzione* (L. Cost. Ottobre 2001), ha favorito una forte diversificazione nelle organizzazioni sanitarie delle Regioni.



Tuttavia i Distretti sono rimasti sempre presenti nelle organizzazioni sanitarie regionali, finendo col divenire la *migliore soluzione organizzativa per i nuovi modelli di gestione in rete delle malattie croniche*

2.1 – DISTRETTI E CURE PRIMARIE: i due Modelli

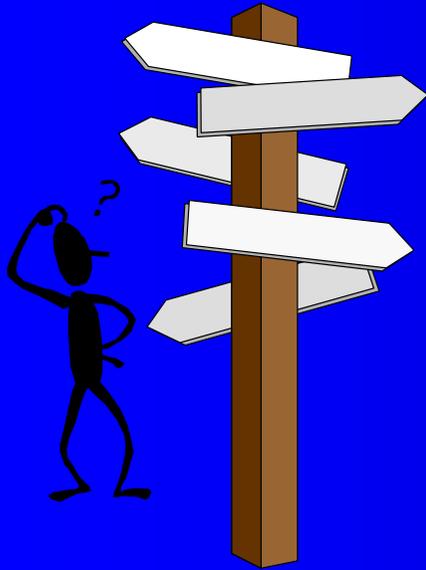
Oggi si è concordi nell'affermare che si sono sviluppati nel nostro Paese due grandi modelli organizzativi di riferimento nell'evoluzione dell'assistenza sanitaria del territorio:



Nel primo il focus organizzativo è centrato sull'Offerta, nel secondo il focus organizzativo è centrato sulla Domanda

2.2 – DISTRETTI E CURE PRIMARIE: Chi fa i Percorsi ?

Modello Settoriale



Nel primo la ricomposizione delle prestazioni specialistiche in un unico e coordinato processo pesa interamente sull'utente, che per ricostruire il percorso è costretto a passare da un servizio all'altro, perché sono i Servizi a detenere il potere gerarchico sui fattori produttivi

Modello Divisionale

Nel secondo il cittadino è guidato nei percorsi integrati perchè la funzione di integrazione tra i Servizi è assicurata dal Distretto, in quanto è questo che detiene il potere gerarchico diretto, mentre i servizi hanno competenze funzionali



2.3 – DISTRETTI E CURE PRIMARIE: il Mod. Settoriale



Nel Modello Settoriale i Distretti dovrebbero garantire i percorsi, ma ciò non avviene perché sono collocati nella linea funzionale debole, il cittadino è abbandonato a se stesso

2.4 – DISTRETTI E CURE PRIMARIE: il Mod. Divisionale



2.5 – DISTRETTI E CURE PRIMARIE: le criticità

Le forti resistenze al cambiamento, nel passaggio dai vecchi modelli settoriali ai nuovi modelli divisionali, ha favorito lo sviluppo di una modellistica variegata, non uniforme e spesso contraddittoria.



Ed a tal proposito, uno degli aspetti più critici è stato rappresentato in passato proprio dai rapporti tra le vecchie organizzazioni settoriali dei Servizi di Cure Primarie da un lato e le nuove organizzazioni divisionali dei Distretti dall'altro, che vedevano, e vedono tuttora, le Cure Primarie come parte integrante e fondamentale dei Distretti stessi.



2.6 – L'IDENTIKIT DELLE CURE PRIMARIE

a) Cosa è ...

Il termine “Cure Primarie” è utilizzato per indicare la *Primary Health Care* (Alma Ata 1978), si colloca nel 2° LEA (Distretto)

b) Cosa comprende ...

L'assistenza di MMG, PLS, Specialisti amb., l'assist. sanitaria e socio-sanitaria dom. e amb. per alcune categorie di persone (materno-inf., anziani, disabili, cronici, psichiatrici, tossicodip.)

c) Chi riguarda ...

Medici (di sanità pubblica, pediatri, ginecologi, geriatri, fisiatri) e altre professioni sanitarie e sociali (infermieri, terapeuti, ecc)

d) Quali i suoi principi ispiratori ...

La continuità delle cure, l'integrazione professionale e la partecipazione di paziente e famiglia alla tutela della salute

2.7 – IL DOCUMENTO DELLA COMMIS. MINISTERIALE

A questi principi si è ispirata la Commissione Ministeriale per le Cure Primarie (febbraio 2007) nel “*Documento*” sul “*secondo pilastro della sanità da affiancare all’ospedale*”, nel quale il Distretto è:



1. Punto d’incontro tra Domanda di salute ed Offerta di cure
2. Luogo della Programmazione Integrata delle attività sanitarie e socio-assistenziali (PAT e PSZ)
3. Area-Sistema del Modello a Rete di Presidi e Servizi terr.
4. Luogo della “Presa in Carico” dei Pazienti Cronici
5. Luogo della Partecipazione del cittadino agli obiettivi di salute e alla valutazione dei risultati
6. Luogo della promozione della “Prevenzione”

2.8 – IL DOCUMENTO DEL CONS. SUPER. DI SANITA'

Il Documento della Commissione Ministeriale presuppone un modello Divisionale Distretti – C. P.



Ma anche il recente Documento “*Territorio, continuità dell’assistenza, cure primarie*”, (ottobre 2007) del Consiglio Superiore della Sanità ribadisce l’urgenza di realizzare un modello di Distretto “maturo” ed introduce 2 principi basilari:



1. Realizzare Distretti in grado sia di **programmare e fare committenza** sia di **produrre servizi**
2. *Abbandonare le logiche settoriali per **promuovere modelli organizzativi divisionali** nei quali le Cure Primarie devono trovare organica collocazione dentro i Distretti.*

Ma ciò presuppone anche un Modello Culturale (Doc. CARD)

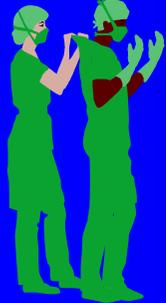
3.1 – DOC. CARD: ... DAL PARADIGMA DELL'ATTESA ...

Con l'aumento della vita media, è risaputo ormai che ci si ammala e si muore soprattutto di malattie croniche



Ma il Sistema Sanitario in Italia ha finora investito quasi soltanto nel settore delle malattie acute

Per riequilibrare il Sistema occorre modificare il paradigma su cui finora si è basata la medicina, anche territoriale: il paradigma dell'attesa (m. acute)



Applicare alle mal. croniche il paradigma assistenziale delle malattie acute provoca danni incalcolabili. Significa che il “sistema” si mobilita solo quando il paz. cronico si aggrava, si scompensa, diventa “finalmente” un paziente acuto (rinuncia a prevenzione e trattamento mal.cronica)

3.2 – DOC. CARD: ... A QUELLO DELL'INIZIATIVA ...

Il paradigma dell'iniziativa, invece, è quello che più si adatta alla gestione di malattie croniche, perchè i suoi attributi sono:



1. La **valutazione dei bisogni** della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute (anche quelli socio-economici, causa di diseguaglianze nella salute dei malati cronici)
2. La propensione agli interventi di **prevenzione**, all'utilizzo dei **dati epidemiologici**, alle **attività programmate** (es: costruzione di registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti, etc)
3. Il **coinvolgimento** e la **motivazione degli utenti**, l'attività di counselling individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della comunità (volontariato, etc.)

3.3 – DOC. CARD: Un MODELLO CULTURALE per le CP

La medicina d'iniziativa è anche quella che meglio si adatta alla gestione delle cure primarie, dove:



1. l'assistenza è per la gran parte **“estensiva”** e caratterizzata dalla **presa in carico a lungo termine**,
2. il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la **continuità delle cure**
3. e dalla capacità di rispondere alla cronicità attraverso **team multiprofessionali** che gestiscono sul territorio più problemi sanitari e socio-ass. **evitando ricoveri ospedal.**

Un modello di Distretto che, di fronte all'aumento delle malattie croniche, attraverso attività di **prevenzione** rivolte al singolo e alla collettività, **riduce al massimo gli sprechi**, strutturando una **rete di servizi vicini alla popolazione**

3.4 – Doc. OMS: Community Oriented Primary Care

Quello proposto dalla CARD è un modello culturale basato sui principi dell'OMS, che in un recente documento ha definito la

“Community Oriented Primary Care”

La forma più evoluta di organizzazione dell'assist. sanitaria di base, dove le cure primarie sono integrate da un ***“approccio di Sanità Pubblica gestito dal Distretto”***, fondato su:

1. **Valutazione sistematica dei bisogni** della comunità e identificazione dei principali problemi
2. **Implementazione di interventi sistematici** rivolti a gruppi target di popolazione
3. **Monitoraggio dell'impatto** di tali interventi per valutarne l'utilità rispetto ai bisogni della popol.



4.1 - Che Organizzazione per Distretti e Cure Primarie ?

Se queste sono le premesse culturali del modello, quali sono le caratteristiche che devono assumere le organizzazioni dei Distretti e delle Cure Primarie ?



Non c'è dubbio che un tale modello non può prescindere dall'individuare nei Distretti una delle “**Macrostrutture dell’Azienda a valenza Dipartimentale**”, in grado di:

1. svolgere funzioni di **programmazione e committenza**, ma anche funzioni di **erogazione** diretta dei suoi servizi,
2. con una forte tensione all'**integrazione** dei **servizi sanitari territoriali** tra loro e con quelli **ospedalieri**,
3. assumendo anche il ruolo di primo attore nei **rapporti con gli enti locali** per garantire i bisogni **socio-sanitari**

4.2 – L'importanza di una UOC di C.P. nel Distretto

Ma è altrettanto ovvio che l'attività prevalente del Distretto sia rappresentata dalla gestione dell'Assistenza Primaria. Pertanto deve contenere obbligatoriamente la UOC Cure Primarie e poi le altre UOC necessarie a garantire il miglior governo clinico

**Livello delle
Macro-Strutture
(Dipartimenti)**

DISTRETTO

In analogia al Dipartimento
il Direttore sarà uno dei
titolari delle UOC del Distr.

***Incarico ex
Art. 17 bis
del 502/92***

**Livello
UOC
Strutt.
Compl.**

UOC 1
CURE
PRIMARIE
Disc. OSSB

UOC. 2
ADI Anziani
e Terminali
OSSB o Ger.

UOC. 3
MATERNO
INFANTILE
OSSB, ecc.

UOC. 4
MEDICINA
RIABILIT.
OSSB o Fis.

UOC. 5
TOSSICO
DIPEND.
OSSB o Tos.

Posti Strutturati ex Dpr 484/97

4.3 – Un Modello Dipartimentale a Matrice con le C.P.

Riaggregaz.
Funzionale
per Discipline



DIPART.
Cur. Prim.

DIPART.
Integr. SS

DIPART.
Mater.-Inf.

DIPART.
Med. Riab.

DIPART.
Dipend.

DISTRETTO 1

Detiene Budget

UOC
Cure Prim.

UOC
ADI ecc.

UOC
Mater.-Inf.

UOC
Med. Riab.

UOC
Tossicod.

DISTRETTO 2

Detiene Budget

UOC
Cure Prim.

UOC
ADI ecc.

UOC
Mater.-Inf.

UOC
Med. Riab.

UOC
Tossicod.

DISTRETTO 3

Detiene Budget

UOC
Cure Prim.

UOC
ADI ecc.

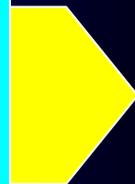
UOC
Mater.-Inf.

UOC
Med. Riab.

UOC
Tossicod.

I
n
t
e
g
r
a
z
i
o
n
e

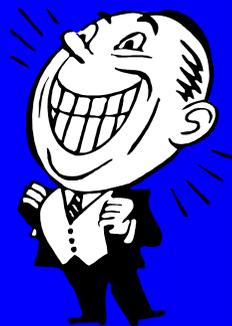
I
n
t
e
g
r
a
z
i
o
n
e



4.4 – Restituire Identità Professionale agli apicali

Non è superfluo, infine, richiamare l'attenzione anche sulla identità e sui contenuti professionali che è necessario restituire alle Direzioni di Distretto per un buon governo del sistema.

Documento del C.S.S.: “...la regionalizzazione della sanità ha determinato la fioritura di molteplici modelli organizzativi dei servizi territoriali che ha avuto l'effetto di far perdere l'identità stessa dei servizi: ad esempio la scomparsa dei riferimenti tecnico-professionali (nazionali) del personale chiamato a svolgere funzioni apicali ...”.



Oggi in Italia stiamo correndo il grosso rischio di credere che il direttore di distretto possa essere soltanto un manager.



4.5 – Restituire Identità Professionale agli apicali

Ed invece il direttore del distretto è, e deve essere, anche un tecnico, deve avere una formazione igienico-sanitaria, deve possedere una cultura di organizzazione e programmazione sanitaria, deve mostrare una grande capacità di diagnosi epidemiologica e di lettura del territorio e dei bisogni di salute, da cui ripartire per poter programmare, organizzare, gestire e verificare.



FINE

Tutte competenze tecniche che non si improvvisano, che non si inventano e che nessun ruolo politico manageriale potrà mai sostituire.